

PLAN DE REEMBOLSO A LA CUENTA DE SOBREPAGOS

K-BEN 899-S (11-22)

CORREO:
Departamento De Trabajo De Kansas
Unidad de Colección de Sobrepago de Beneficios
401 SW Topeka Blvd.
Topeka, KS 66603-3182

Yo, el suscrito _____ (escriba su nombre completo en letra de molde)

Los últimos 4 dígitos de su número de seguro social XXX-XX-_____ Teléfono: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

por medio de la presente estoy de acuerdo en hacer pagos voluntariamente por la cantidad de \$ _____ al mes al Departamento Laboral de Kansas para repagar un sobrepago de beneficios de seguro de desempleo. Haré mis pagos en o antes del día ____ del mes, de cada mes hasta que el saldo sea pagado en su totalidad. Entiendo que los pagos deben ser recibidos en: Departamento De Trabajo De Kansas – Unidad de Colección de Sobrepago de Beneficios, 401 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66603-3182 – en o antes de la fecha de vencimiento.

Al firmar este acuerdo, también indico que entiendo y acepto lo siguiente:

- Este arreglo continuará hasta que mi sobrepago de beneficios de seguro de desempleo hayan sido repagados en su totalidad. Sigue siendo mi obligación de controlar y determinar cuándo se realice el pago final.
- Interés, a una tasa de 1.5 por ciento por mes de acuerdo con K.S.A. 44-719 (2) puede ser adherido a todo o parte del sobrepago restante.
- Mi obligación puede incluir costos de corte y otros costos de recuperación según lo permita la ley.
- Puedo hacer pagos adicionales o un pre-pago de la totalidad o de cualquier cantidad adeudada en cualquier momento.
- Un pago final bajo este acuerdo puede ser mayor o menor que la cantidad del pago periódico pero es mi obligación de ponerme en contacto con el Departamento Laboral de Kansas para determinar la cantidad final y para hacer cualquier pago pendiente.
- El Departamento Laboral de Kansas se reserva el derecho de solicitar mi reembolso por cualquier otro medio legal, incluyendo pero no limitado a la presentación de embargos preventivos, gravámenes, garantías o acción civil, incluyendo el embargo de los salarios u otros bienes incluso mientras hago los pagos bajo este acuerdo.

Al marcar esta caja autorizo al Departamento de Labor del Estado de Kansas para correspondencia sobre este asunto a la siguiente dirección de correo electrónico:

Firma: _____ Fecha: _____

La dirección de arriba es para enviar o hacer pagos solamente. Nadie está disponible en esta dirección para aconsejarle sobre su cuenta.

Envíe por correo el original de este acuerdo y su pago inicial a nombre del Departamento de Trabajo de Kansas. Incluya su nombre y los últimos (4) dígitos de su número de Seguro Social en el cheque, giro postal o cheque de caja. NO ENVÍE EFECTIVO. Guarde una copia del acuerdo para sus archivos.